

Datum: _____ Name: _____

Western Ontario Shoulder Instability Index (WOSI)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf körperliche Symptome, die aufgrund Ihrer Schulterproblematik aufgetreten sind. Geben Sie für alle Fragen die Stärke Ihrer Symptome in der vergangenen Woche an. Bitte markieren Sie die jeweils zutreffende Antwort auf der Skala von 0 bis 10. Um einen validen Gesamtscore zu erhalten, müssen mindestens zwei Drittel (67 Prozent) aller Items beantwortet werden.

Abschnitt A: Körperliche Symptome

1. Wie stark ist der Schulterschmerz in Ihrer betroffenen Schulter bei Aktivitäten über dem Kopf?

keine Schmerzen | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | extreme Schmerzen

2. Wieviel stechende und/oder pochende Schmerzen verspüren Sie in der betroffenen Schulter?

kein Stechen/Pochen | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | extremes Stechen/
Pochen

3. Wie groß empfinden Sie die Schwäche oder den Mangel an Kraft in Ihrer betroffenen Schulter?

keine Schwäche | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | extreme Schwäche

4. Wie stark empfinden Sie die Ermüdung oder den Mangel an Ausdauer in Ihrer betroffenen Schulter?

keine Ermüdung | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | extreme Ermüdung

5. Wie stark klickt, schnappt oder knackt es in Ihrer betroffenen Schulter?

gar nicht | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | extrem

6. Wie steif empfinden Sie Ihre Schulter?

nicht steif | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | extrem steif

7. Wie stark sind die Beschwerden im Bereich der Nackenmuskulatur aufgrund Ihrer Schulterproblematik?

keine Beschwerden | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | extreme Beschwerden

8. Wie stark ist das Instabilitätsgefühl in Ihrer Schulter?

kein Instabilitätsgefühl | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | extremes
Instabilitätsgefühl

9. Wie stark müssen Sie andere Muskeln benutzen, um Ihre eingeschränkte Schulterfunktion auszugleichen?

gar nicht | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | extrem

10. Wie groß ist der Verlust des Bewegungsumfanges in Ihrer Schulter?

kein Verlust | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | extremer Verlust

Datum: _____ Name: _____

Western Ontario Shoulder Instability Index (WOSI) Fortsetzung

Der folgende Abschnitt bezieht sich darauf, wie Ihre Schulterproblematik Ihre Arbeit, Sport- oder Freizeitaktivitäten in der vergangenen Woche beeinflusst hat. Bitte markieren Sie die Antwort für jede Frage auf der Skala von 0 bis 10.

Abschnitt B: Sport/Freizeit/Arbeit

11. Wie stark hat Sie Ihre Schulter behindert, Sport oder andere Freizeitaktivitäten zu betreiben?

keine Behinderung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	extreme Behinderung
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

12. Wie stark hat Ihre Schulterproblematik spezielle Tätigkeiten in Ihrem Sport und/oder Ihrer Arbeit beeinflusst? (Wenn Ihre Schulter beide Bereiche, Sport und Arbeit, betrifft, beziehen Sie sich bitte auf den am meisten betroffenen Bereich.)

gar nicht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	extrem stark
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

13. Wie groß ist der Drang, Ihren Arm während einer Aktivität zu schützen?

nicht vorhanden	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	extrem stark
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

14. Wie schwer fällt es Ihnen, aufgrund Ihrer Schulterproblematik schwere Gegenstände bis auf Schulterhöhe zu heben?

keine Probleme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	extreme Probleme
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------

Der folgende Abschnitt bezieht sich darauf, wie sehr Ihre Schulter Ihre Lebensgewohnheiten beeinflusst. Bitte markieren Sie wieder die entsprechende Antwort für die vergangene Woche auf der Skala von 0 bis 10.

Abschnitt C: Lebensgewohnheiten

15. Wie groß ist die Angst, auf Ihre betroffene Schulter zu fallen?

nicht vorhanden	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	extrem groß
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------

16. Wie schwierig ist es für Sie, aufgrund Ihrer Schulterprobleme Ihre gewünschte Fitness beizubehalten?

nicht schwer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	extrem schwer
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

17. Wie stark ist Ihr Freizeitvergnügen mit Familie und Freunden eingeschränkt?

nicht eingeschränkt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	extrem eingeschränkt
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------

18. Wie stark beeinträchtigt die Schulter Ihren Schlaf?

gar nicht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	extrem stark
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

Datum: _____ Name: _____

Western Ontario Shoulder Instability Index (WOSI) *Fortsetzung*

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr Empfinden in der vergangenen Woche mit Bezug auf Ihre Schulterproblematik. Bitte markieren Sie die entsprechende Antwort auf der Skala von 0 bis 10.

Abschnitt D: Empfinden

19. Wie bewusst ist Ihnen Ihre Schulterproblematik?

nicht bewusst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	extrem bewusst
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------

20. Wie besorgt sind Sie, dass sich Ihre Schulter verschlechtern könnte?

nicht besorgt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	extrem besorgt
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------

21. Wie groß ist Ihre Frustration aufgrund Ihrer Schulterproblematik?

keine Frustration	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	extreme Frustration
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

Datum: _____ Name: _____

Quick-Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (QuickDASH)-Fragebogen

Bitte beantworten Sie alle Fragen gemäß Ihrem Zustand in der vergangenen Woche, indem Sie das entsprechende Feld ankreuzen. Wenn Sie in der vergangenen Woche keine Gelegenheit gehabt haben, eine der aufgeführten Tätigkeiten durchzuführen, wählen Sie die Antwort aus, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutreffen würde. Es ist nicht entscheidend, mit welchem Arm oder welcher Hand Sie diese Tätigkeiten ausüben. Antworten Sie Ihrer Fähigkeit entsprechend, ungeachtet, wie Sie die Aufgaben durchführen konnten.

Wichtig: Im QuickDASH darf maximal eine, im Arbeits- und Berufs-Modul sowie im Sport- und Musik-Modul darf jeweils keine Antwort fehlen.

Bitte schätzen Sie Ihre Fähigkeit ein, wie Sie folgende Tätigkeiten in der vergangenen Woche durchgeführt haben, indem Sie das entsprechende Feld ankreuzen.

	keine Schwierigkeiten	geringe Schwierigkeiten	mäßige Schwierigkeiten	erhebliche Schwierigkeiten	nicht möglich
1. Ein festverschlossenes Glas öffnen					
2. Schwere Hausarbeit (zum Beispiel Wände abwaschen, Boden putzen)					
3. Eine Einkaufstasche oder einen Aktenkoffer tragen					
4. Ihren Rücken waschen					
5. Ein Messer benutzen, um Lebensmittel zu schneiden					
6. Freizeitaktivitäten, bei denen auf Ihren Arm, Ihre Schulter oder Hand Druck oder Stoß ausgeübt wird (zum Beispiel Golf, Hämmern, Tennis)					

	überhaupt nicht	ein wenig	mäßig	ziemlich	nicht möglich
7. In welchem Ausmaß haben Ihre Schulter-, Arm- oder Handprobleme Ihre normalen sozialen Aktivitäten mit Familie, Freunden, Nachbarn oder anderen Gruppen während der vergangenen Woche beeinträchtigt? (Bitte kreuzen Sie das entsprechende Feld an.)					

	überhaupt nicht eingeschränkt	ein wenig eingeschränkt	mäßig eingeschränkt	sehr eingeschränkt	nicht möglich
8. Waren Sie in der vergangenen Woche durch Ihre Schulter-, Arm- oder Handprobleme in Ihrer Arbeit oder anderen alltäglichen Aktivitäten eingeschränkt? (Bitte kreuzen Sie das entsprechende Feld an.)					

Datum: _____ Name: _____

Quick-Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (QuickDASH)-Fragebogen *Fortsetzung*

Bitte schätzen Sie die Schwere der folgenden Symptome während der letzten Woche ein.
(Bitte kreuzen Sie das entsprechende Feld an.)

	keine	leichte	mäßige	starke	sehr starke
9. Schmerzen in Schulter, Arm oder Hand					
10. Kribbeln (Nadelstiche) in Schulter, Arm oder Hand					

	keine Schwierigkeiten	geringe Schwierigkeiten	mäßige Schwierigkeiten	erhebliche Schwierigkeiten	nicht möglich
11. Wie groß waren Ihre Schlafstörungen in der letzten Woche aufgrund von Schmerzen im Schulter-, Arm- oder Handbereich? (Bitte kreuzen Sie das entsprechende Feld an.)					

Arbeits- und Berufs-Modul (optional)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Einfluss Ihres Schulter-, Arm- oder Handproblems auf Ihre Arbeit (einschließlich Haushaltsführung, falls dies Ihre Hauptbeschäftigung ist).

Bitte geben Sie Ihre/n Arbeit/Beruf hier an: _____

Ich bin nicht berufstätig. (Sie können diesen Bereich auslassen.)

Bitte kreuzen Sie das Feld an, das Ihre körperlichen Fähigkeiten in der vergangenen Woche am besten beschreibt.

Hatten Sie irgendwelche Schwierigkeiten:	keine Schwierigkeiten	geringe Schwierigkeiten	mäßige Schwierigkeiten	erhebliche Schwierigkeiten	nicht möglich
12. in der üblichen Art und Weise zu arbeiten?					
13. aufgrund der Schmerzen in Schulter, Arm oder Hand Ihre übliche Arbeit zu erledigen?					
14. so gut zu arbeiten, wie Sie es möchten?					
15. die bisher gewohnte Zeit mit Ihrer Arbeit zu verbringen?					

Datum: _____ Name: _____

Quick-Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (QuickDASH)-Fragebogen *Fortsetzung*

Sport- und Musik-Modul (optional)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Einfluss Ihres Schulter-, Arm- oder Handproblems auf das Spielen Ihres Musikinstruments oder auf das Ausüben Ihres Sports oder auf beides. Wenn Sie mehr als ein Instrument spielen oder mehr als eine Sportart ausüben (oder beides), beantworten Sie bitte die Fragen in Bezug auf das Instrument oder die Sportart, das beziehungsweise die für Sie am wichtigsten ist.

Bitte geben Sie dieses Instrument beziehungsweise diese Sportart hier an: _____

Ich treibe keinen Sport oder spiele kein Instrument. (Sie können diesen Bereich auslassen.)

Bitte kreuzen Sie das Feld an, das Ihre körperlichen Fähigkeiten in der vergangenen Woche am besten beschreibt.

Hatten Sie irgendwelche Schwierigkeiten:	keine Schwierigkeiten	geringe Schwierigkeiten	mäßige Schwierigkeiten	erhebliche Schwierigkeiten	nicht möglich
16. in der üblichen Art und Weise Ihr Musikinstrument zu spielen oder Sport zu treiben?					
17. aufgrund der Schmerzen in Schulter, Arm oder Hand Ihr Musikinstrument zu spielen oder Sport zu treiben?					
18. so gut Ihr Musikinstrument zu spielen oder Sport zu treiben, wie Sie es möchten?					
19. die bisher gewohnte Zeit mit dem Spielen Ihres Musikinstrumentes oder mit Sporttreiben zu verbringen?					

Datum: _____ Name: _____

Psychological Readiness of Injured Athlete to Return to Sport (PRIA-RS)-Fragebogen

Bitte geben Sie für jede Frage die Antwort an, die Ihrer persönlichen Einschätzung beziehungsweise Ihrem Befinden derzeit am nächsten kommt.

1. Wie bewerten Sie den Fortschritt, den Sie seit Ihrer Verletzung in der Rehabilitation gemacht haben?	sehr schlecht	schlecht	weder gut noch schlecht	gut	sehr gut
2. Wie ist Ihre Stimmung?	sehr schlecht	schlecht	weder gut noch schlecht	gut	sehr gut
3. Wie ist Ihre körperliche Verfassung mit Blick auf eine mögliche Rückkehr in die Mannschaft?	sehr schlecht	schlecht	weder gut noch schlecht	gut	sehr gut
4. Wie bewerten Sie den Funktionsstatus Ihrer verletzten Körperregion?	sehr schlecht	schlecht	weder gut noch schlecht	gut	sehr gut
5. Spüren Sie Beschwerden oder Einschränkungen, die Sie davon abhalten, wie gewohnt zu trainieren?	ja	—	weiß nicht	—	nein
6. Macht Sie der Gedanke an eine uneingeschränkte Rückkehr ins Mannschaftstraining nervös?	ja	—	weiß nicht	—	nein
7. Wie sicher fühlen Sie sich, wenn Sie körperliche Aktivitäten oder Bewegungen mit Ihrer verletzten Körperregion ausüben?	sehr unsicher	unsicher	weder sicher noch unsicher	sicher	sehr sicher
8. Wie hoch schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit ein, dass Ihre Verletzung bald wieder auftritt?	80–100 %	60–80 %	40–60 %	20–40 %	0–20 %
9. Wieviel Druck verspüren Sie aus Ihrem Umfeld, in das Mannschaftstraining zurückzukehren?	übermäßigen Druck	hohen Druck	normalen Druck	niedrigen Druck	keinen Druck
10. Wie würden Sie Ihren Gesamtzustand mit Blick auf eine mögliche Rückkehr ins uneingeschränkte Mannschaftstraining bewerten?	sehr schlecht	schlecht	weder gut noch schlecht	gut	sehr gut

Datum: _____ Name: _____

Shoulder Instability-Return to Sport after Injury (SIRSI)-Skala *Fortsetzung*

9. Haben Sie Angst, dass Sie Ihre Schulter bei der Ausübung Ihres Sports versehentlich wieder verletzen könnten?

0 5 10

habe große Angst

habe überhaupt keine Angst

10. Hält Sie der Gedanke daran, nochmals operiert und nachbehandelt werden zu müssen, davon ab, Ihren Sport auszuüben?

0 5 10

die ganze Zeit

zu keinem Zeitpunkt

11. Sind Sie zuversichtlich, Ihren Sport ausüben zu können?

0 5 10

überhaupt nicht zuversichtlich

völlig zuversichtlich

12. Sind Sie gelassen, wenn es um die Ausübung Ihres Sports geht?

0 5 10

gar nicht gelassen

völlig gelassen

Datum: _____ Name: _____

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Fragebögen

Western Ontario Shoulder Instability Index (WOSI)

WOSI-Score:

Quick-Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (QuickDASH)

QuickDASH-Score (0–100):

QuickDASH-Arbeits-/Berufs-Score (0–100):

QuickDASH-Sport-/Musik-Score (0–100):

Psychological Readiness of Injured Athlete to Return to Sport (PRIA-RS)

PRIA-RS-Score:

Shoulder Instability-Return to Sport after Injury (SIRSI)-Skala

SIRSI-Score (%):